IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 16)**

z dnia 15 listopada 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 16)

15 listopada 2022 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem poseł **Barbary Dziuk (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat raka jelita – zapobieganie, diagnostyka, leczenie oraz kompleksowa opieka.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Agnieszka Kalita** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Anna Stalmach-Młynarska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Izabela Mosica** i **Alicja Uszyńska-Osowska** główni specjaliści w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, prof. dr. hab. **Lucjan Wyrwicz** zastępca dyrektora do spraw lecznictwa otwartego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, prof. dr. hab. **Marek Wojtukiewicz** kierownik Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii, **Joanna Frątczak-Kazana** menadżer do spraw programów pomocowych Fundacji Onkologicznej Alivia, **Anna Jasińska** rzecznik Medycznej Racji Stanu, **Dorota Kaniewska** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO, **Grażyna Mierzejwska** ekspert Polskiej Unii Onkologii, **Iga Rawicka** prezes Fundacji Europa Colon Polska, **Jan Salamonik** członek zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych oraz **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Szanowni państwo, otwieram kolejne posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Witam członków podkomisji stałej oraz zaproszonych gości.

Jest kworum, tak że możemy procedować proponowany porządek dzisiejszego posiedzenia, a nasz porządek zakłada rozpatrzenie informacji na temat raka jelita – zapobieganie, diagnostyka, leczenie oraz kompleksowa opieka. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do posłów drogą mailową. Proszę przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie informacji. Bardzo proszę panią dyrektor o przedstawienie informacji. Witam serdecznie organizacje pacjenckie, które są niezbędne w dyskusji, nadają kierunek i widzą potrzeby zarówno pacjentów, ale też i potrzeby refundacji poszczególnych działań z zakresu innowacyjności w medycynie. Bardzo serdecznie witam stronę społeczną. Pani dyrektor, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry, pani przewodnicząca. Bardzo dziękuję, że mogę przedstawić w imieniu pana ministra informację na temat profilaktyki i leczenia raka jelita. Pozwolą państwo, że nie będę przytaczała informacji, które znajdują się w materiale pisemnym, do którego państwo będą mieć dostęp, a które dotyczą głównie chorób onkologicznych jelita, bo myślę,

że przejdziemy do konkretów, czyli do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, właśnie w tych rozpoznaniach.

Teraz rozpocznę od profilaktyki raka jelita grubego. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w zakresie diagnostyki mamy dostępne świadczenia opieki zdrowotnej. Są to świadczenia diagnostyki laboratoryjnej obrazowej i nieobrazowej. Świadczeniem gwarantowanym jest m.in. badanie kału na krew utajoną metodą immunochemiczną. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawić skierowanie na badanie kolonoskopii. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) dysponujemy gwarantowanymi świadczeniami endoskopowymi. To fiberokolonoskopia, kolonoskopia z biopsją, esofagogastroduodenoskopia oraz esofagogastroduodenoskopia z biopsją. Oczywiście w razie potrzeby dostępne dla pacjenta jest również endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego. To są badania, które mogą być realizowane w ramach AOS, a od niedawna również w trybie AOS mogą być realizowane w znieczuleniu. U pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii klasycznej, możliwe jest wykonanie badania wirtualnej kolonoskopii. W ramach leczenia szpitalnego dostępne są również kolonoskopia i enteroskopia dwubalonowa.

Następnie w ramach „Profilaktyki 40 plus”, która jest programem badań profilaktycznych dedykowanych osobom po 40 roku życia, u osób, u których występują wskazane czynniki ryzyka jelita grubego, wykonuje się badania krwi utajonej w kale metodą immunochemiczną. Do tej pory w ramach „Narodowej strategii onkologicznej” (NSO) funkcjonował również program badań przesiewowych raka jelita grubego. Początkowo program ten był w ramach „Narodowego planu zwalczania chorób nowotworowych”, a potem właśnie w ramach NSO. Był finansowany przez ministra zdrowia. W ramach tego finansowano badania przesiewowej kolonoskopii.

Badania były realizowane w dwóch systemach. Jeden system był mieszany, czyli zapraszano-oportunistyczny, a drugi bez zaproszeń, czyli system oportunistyczny. Pierwszy polegał na tym, że pacjent otrzymywał zaproszenie na badanie, natomiast system oportunistyczny polegał na wykonywaniu kolonoskopii w populacji u osób średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Kryterium kwalifikacji do tego badania były osoby zidentyfikowane w grupie ryzyka lub takie, które się samodzielnie zgłaszały, bo takie też były identyfikowane. To były osoby w wieku 50–65 lat niezależnie od dokonanego wywiadu rodzinnego oraz osoby mające 40 – 49 lat, u których krewny pierwszego stopnia miał rozpoznanie raka jelita grubego. Ponadto były to osoby w wieku 25–49 lat z zespołem Lyncha. W tej grupie konieczne było potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny, która leczyła się w ramach poradni genetycznej. Z kolei do badań z zaproszeniem były kwalifikowane osoby w wieku 55–64 lat. Do nich były wysyłane zaproszenia na badania niezależnie od objawów klinicznych. Oczywiście w różnym stopniu była zauważana pozytywna odpowiedź na takie zaproszenie, niemniej jednak program rzeczywiście cieszył się zainteresowaniem. Program był prowadzony łącznie w około 136 ośrodkach na terenie całego kraju. Ośrodkiem koordynującym był Narodowy Instytut Onkologii (NIO-PIB). W ramach realizacji tego zadania tylko w 2021 r. wykonano prawie 100 tys. kolonoskopii, co dało kwotę około 60 mln zł. To jest stan na dzień 31 grudnia 2021 r.

Wraz z zakończeniem programu, bo każdy program ma to do siebie, że jest realizowany terminowo, czyli tak program, jak i pilotaż mają na celu sprawdzenie i pilotowanie pewnego rozwiązania… On został zakończony. Decyzją pana ministra, jak też z racji zakończenia finansowania, badania przesiewowe zostały przeniesione do koszyka świadczeń gwarantowanych programów zdrowotnych, czyli do koszyka dedykowanego profilaktyce. Rozporządzenie weszło w życie 24 czerwca br. Pozwolą państwo, że przytoczę pewne informacje, ponieważ zakończyły się badania… W zasadzie trwa, ale już kończy się kontraktowanie. Niemniej jednak za chwilę przedstawię, jak wygląda m.in. liczba umów zawartych ze świadczeniodawcami. Program został przeniesiony, ale nie 1:1, tak jak to szumnie przedstawiano, że tak zostanie przeniesiony. Niestety koszyki świadczeń gwarantowanych mają swój reżim prawny. Mają one na celu zapewnienie pacjentom dostępności, żeby każdemu pacjentowi, mieszkającemu nawet w najmniejszej miejscowości, umożliwić przeprowadzenie tego badania. Dlatego też

warunki realizacji i kryteria kwalifikacji dla ośrodków są w ten sposób dobierane, żeby to fundusz zapewnił udzielanie świadczeń na poziomie całego kraju.

Po długich dyskusjach z dotychczasowymi realizatorami programu, jak również NFZ i innymi interesariuszami systemu, doszliśmy do wniosku, że wśród warunków i kryteriów kwalifikacji dla pacjenta oczywiście utrzymaliśmy wiek – 50–65 i 40–49 lat dla osób, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego, ale z wyłączeniem osób, u których występują już objawy kliniczne, bo dla tych pacjentów jest przewidziana kolonoskopia w ramach trybu AOS, jak i z wyłączeniem osób, u których kolonoskopia była wykonana w ostatnich 10 latach. Generalnie założenie było takie, że realizatorami programu miały być te podmioty, które brały udział w dotychczasowym programie, złożyły oferty i spełniły wymagania, jakie są też przewidziane w zarządzeniu prezesa NFZ.

Status postępowań jest następujący. Większość konkursów została rozstrzygnięta. Część znajduje się już na końcowym etapie. Mamy planowany termin, jeśli chodzi o umowy z województwa łódzkiego. Są to 3 umowy z województwa łódzkiego i 3 z podlaskiego. Planowany termin obowiązywania pozostałych umów to jest połowa listopada – 14 lub 15 listopada br. Na 1 grudnia br. będzie 10 dodatkowych, a na 15 grudnia br. – 1. Tak w tym momencie wygląda kontraktowanie. Tak jak powiedziałam, to jest w toku, dlatego że konkursy rządzą się swoimi prawami. Na pewno pacjentowi w ramach tych trzech trybów przysługuje wykonanie badania kolonoskopii. Jednocześnie toczą się właśnie rozmowy z NIO-PIB, który dotychczas był instytucją koordynującą program badań przesiewowych. Chodzi o wprowadzenie do systemu badania na obecność krwi utajonej w kale (FIT), czyli badania przesiewowego. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji planuje, w jaki sposób zostanie to wprowadzone – czy to będzie wprowadzone pilotażem, czy programem polityki zdrowotnej. Na pewno w tym momencie, jeśli chodzi o badanie profilaktyczne, koszyk jest zmieniony. Nie przewidujemy zmiany w zakresie dodania badania dodatkowego FIT do koszyka programów zdrowotnych.

Jeśli chodzi o inne inicjatywy, to oczywiście mamy regionalne programy operacyjne. Tutaj też w perspektywie 2014–2020 były konkursy na realizację różnych projektów. Obejmowały one m.in. działania polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych kolonoskopii w sedacji i działania edukacyjno-informacyjne. Zapewniano też dojazd niezbędny do realizacji usług zdrowotnych w ramach programów profilaktyki.

Następnie w tym roku, co ważne, bo myślę, że to też należy podkreślić, 23 lipca 2022 r. weszło nowe rozporządzenie ministra zdrowia, które zmieniło rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS. Wprowadziło ono nowe świadczenia opieki zdrowotnej m.in. w ramach opieki nad rodzinami wysokiego i dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, bo dotyczyło to też raka błony śluzowej trzonu macicy. Świadczenia te obejmują dwa etapy, tj. poradnictwo i badania genetyczne oraz nadzór i badania diagnostyczne. Rozporządzenie zostało podpisane. Oczywiście najważniejszą rolę w ramach udzielania tych świadczeń będzie odgrywać to, że kładziemy nacisk na identyfikację tych osób, które posiadają wysokie ryzyko zachorowania na wybrane nowotwory. Szczególną rolę odgrywa tutaj wywiad rodzinny i w jego kontekście są wykonywane badania genetyczne. Udzielanie świadczeń od 1 stycznia 2022 r. – kwota umowy obejmuje łącznie z zachowaniem na… Przepraszam bardzo. Muszę sobie coś poprawić. Nie mamy jeszcze informacji na temat obowiązywania umów. To wynika akurat z tego, że taki jest system informatyczny. Jak tylko będziemy posiadać takie informacje z centrali NFZ, które dotyczą realizacji świadczeń, to je podamy. Chyba że panie, które są z nami, posiadają takie informacje, bo w momencie opracowywania tego materiału ich nie otrzymaliśmy. Pani przewodnicząca, jeżeli pani pozwoli, to oczywiście poproszę panie o uzupełnienie tych informacji.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę o uzupełnienie.

Główny specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Alicja Uszyńska-Osowska:

Obecnie są zawarte 33 umowy w zakresie ryzyka zachorowania na nowotwory jelita grubego.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Proszę się przedstawić do protokołu.

Główny specjalista w departamencie NFZ Alicja Uszyńska-Osowska:

Alicja Uszyńska-Osowska, NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydział Lecznictwa Szpitalnego. W tym roku we wszystkich województwach są zawarte 33 umowy na łączną kwotę 2 141 000 zł. To jest kwota do końca roku. Z reguły są to umowy wieloletnie. W większości województw to są umowy wieloletnie – maksymalnie do 2027 r.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Teraz oddaję głos stronie społecznej. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, to jeszcze nie wszystko, bo pozwoliłam sobie tylko poprosić NFZ o uzupełnienie. Mamy jeszcze parę informacji, które dotyczą kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworem jelita grubego. To też jest rozwiązanie, które weszło w 2021 r. Wpisuje się ono oczywiście w strategię ministra zdrowia, żeby pacjentów z rozpoznaniami onkologicznymi obejmować kompleksową opieką. Mamy również informację o lekach dostępnych w ramach chemioterapii i programów lekowych. To też jest w materiałach, które zostały państwu przekazane. Mam oczywiście zestawienia tabelaryczne. Nie wiem, czy państwo sobie życzą, żebym przytaczała te informacje, ale one zostały przekazane pani przewodniczącej i myślę, że będą dostępne dla państwa.

Z informacji, które były, jak myślę, oczekiwane… Zgodnie z nowelą rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych na zlecenie z 27 października br., które aktualnie oczekuje na publikację, a wejdzie w życie z dniem 1 stycznia br., zostały uwzględnione nowe wyroby medyczne, które będą przysługiwały pacjentom. To są wyroby medyczne w zakresie wyrobów stomijnych – worki stomijne, jak i w zakresie wyrobów chłonnych. Wszystko to obejmuje rozporządzenie. Należy też zwrócić uwagę, że szczególnie ostatnie lata stanowiły istotny przełom, jeśli chodzi o obejmowanie nowych terapii refundacją. Minister zdrowia nieustannie rozwija listę refundowanych leków. Myślę, że można śmiało powiedzieć, że każde obwieszczenie przynosi bardzo dobrą, pozytywną informację.

Postaram się jak najbardziej szczegółowo odpowiedzieć na państwa zapytania, jeżeli oczywiście będą dotyczyć koszyka świadczeń gwarantowanych. Jeżeli nie będę potrafiła, to oczywiście odpowiem na piśmie. Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Poproszę teraz posłów, jeżeli mają pytania, przed stroną społeczną. Czy są jakieś pytania?

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Może posłucham jeszcze chwilę. Dobrze?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dobrze. To poproszę stronę społeczną. Bardzo proszę. Proszę o przedstawianie się do protokołu, żebyśmy wiedzieli, kto się wypowiada.

Prezes Fundacji Europa Colon Polska Iga Rawicka:

Dzień dobry. Iga Rawicka, prezes Fundacji Europa Colon Polska. Po wysłuchaniu pani mam refleksję i zapytanie, ponieważ od ponad 5 lat na co dzień zajmuję się obszarem raka jelita grubego i nie tylko, bo również innymi nowotworami układu pokarmowego. Jesteśmy organizacją, która bardzo aktywnie działa w tym obszarze i to nie tylko w Polsce, ale również na całym świecie. Mamy więc bardzo dobrą orientację, jak wyglądają profilaktyka i leczenie raka jelita grubego i w Polsce, i na świecie.

Zmartwiła mnie informacja, szczerze mówiąc, że państwo wiedzieli o tym, że program badań przesiewowych kończy się w roku 2021, bo takiej informacji nie

miałam. Wiedziałam, że są plany przeniesienia pod zarządzanie NFZ, ale zakładaliśmy z profesorstwem, które jest zaangażowane w ten temat, że będzie to rzeczywiście przeniesione 1:1. Tak się nie stało, ale tym, co najbardziej martwi, jest to, że przez 11 miesięcy – a właściwie, jak rozumem, dla niektórych województw przez 12 miesięcy – w ogóle nie było i nie będzie dostępu do przesiewowej kolonoskopii. To tylko i wyłącznie mówi o tym, że ponieważ codziennie na raka jelita grubego umierają 33 osoby, będziemy mieli zdecydowanie zwiększoną liczbę zgonów z powodu tego raka, a nowotwory, które będą wykrywane u pacjentów, będą w bardziej zaawansowanym stadium, bo po prostu ludzie nie będą zdiagnozowani odpowiednio wcześnie. A warto podkreślić, że rak jelita grubego, kiedy jest wcześnie wykryty, jest w 100% wyleczalny, ponieważ wystarczy często jedynie operacja chirurgiczna. Zależy nam na tym, żeby jak najwcześniej wykryć raka jelita grubego. Po to są programy badań przesiewowych. Natomiast państwo nie przygotowali się do przejęcia tego programu i to jest nasz główny zarzut, dlatego że należało kontynuować ten program w takiej formule, jaka była. Jak widać, zajęło państwu to prawie rok, żeby państwo ten program mogli przygotować i wprowadzić w życie. Przez 11 miesięcy w Polsce nie ma programu badań przesiewowych. To jest kategoria, którą trudno zrozumieć. Dlaczego tak się stało? To jest moje pierwsze, podstawowe pytanie w tej sprawie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Proszę państwa, oczywiście minister zdrowia ma świadomość tego, że to długo trwało, ale – tak jak wspomniałam i myślę, że to dość mocno wybrzmiało – to nie jest tak, że minister zdrowia może sam wypracować rozporządzenie bez porozumienia z interesariuszami. Nie bez powodu to powiedziałam. Proszę sobie wyobrazić, że najwięcej negocjacji dotyczących właśnie przeniesienia programu dotyczyło bazy, która istniała w instytucie onkologii. Nie mogliśmy dalej ruszyć z rozporządzeniem. Po prostu nie było porozumienia w tej bardzo istotnej kwestii i to akurat nie z punktu widzenia pacjenta, tylko właśnie, jak myślę, ośrodka koordynującego, który prowadził program. Natomiast informacja o tym, że program się kończy, była dostępna publicznie. Ten program trwał wiele lat. To, że miało zostać zakończone finansowanie, było wiadomo od dawna, ale żeby rozporządzenie mogło zostać opracowane i wejść w życie, to nie tylko… Musi zostać wypracowany konsensus pomiędzy stronami, które to realizowały. Jeżeli tego nie ma, to nie ma wypracowanego projektu. Projekt nie może być procedowany.

Poza tym jeszcze, żeby państwo mieli świadomość, w tym roku musimy mierzyć się też z rekomendacjami prezesa AOTMiT. Kolonoskopia nie jest nowym świadczeniem. Nie potrzebujemy dowodów na to, że to jest świadczenie gwarantowane, które powinno być w systemie, bo ono już istnieje. Ono istnieje w AOS, w leczeniu szpitalnym. To nie jest nowe świadczenie czy nowa technologia, która powinna przechodzić przez ocenę AOTMiT. Niestety w tym roku proces legislacyjny też z tych powodów się zatrzymał, ponieważ wymagana była rekomendacja prezesa AOTMiT, co otworzyło nowy proces, czego nie wiedzieliśmy, bo jest to dla nas sytuacja nowa. Jako że procedujemy koszyki i mnóstwo świadczeń, to wydawało się, że tutaj będzie polegało to jedynie na zmianie organizacji udzielania świadczeń, bo nie wprowadzamy nowej technologii. Wydawało się, że takiego wymagania nie będzie potrzeba, a jednak to też wydłuża. Tak jak powiedziałam, 24 czerwca tego roku zostało podpisane rozporządzenie. Oczywiście rozumiem, że dla państwa i dla nas wszystkich to jest brak tego świadczenia w koszyku profilaktycznym przez 10–11 miesięcy, a w innych koszykach badanie nadal jest, ale nie jest tak, że minister zapomniał o tym, że się kończy program. Naprawdę były wielomiesięczne konsultacje z instytutem i z NFZ. Zrobiliśmy wszystko, żeby to zrobić jak najszybciej. To było jakby naszymi wspólnymi siłami… Oczywiście finalnie minister zdrowia podpisuje rozporządzenie, ale chcę, żeby państwo wiedzieli, jak wygląda proces opracowywania rozporządzeń.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę. Proszę się też przedstawić, żeby to było podane do protokołu.

Zastępca dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Lucjan Wyrwicz:

Dzień dobry. Lucjan Wyrwicz, zastępca dyrektora do spraw lecznictwa otwartego NIO-PIB. Troszkę chciałbym to stonować odnośnie do niezaangażowania NIO-PIB w kwestię przeniesienia bazy. Padła tutaj jakaś taka sugestia. Wydaje mi się, że raczej jest to coś, co powinno być adresowane do osób bezpośrednio merytorycznie związanych z programem niż z instytutem. Z tego, co wiem, nigdy na biurko nie wpłynął taki wniosek z ministerstwa, że brak przekazania własności intelektualnej do jakiegoś wytworu naukowego jest powodem niekontraktowania, zwłaszcza jeśli uwzględnimy, że rekomendacja prezesa AOTMiT powstała 21 czerwca 2022 r., czyli *de facto* nie można było tego wcześniej przeprowadzić jako programu zdrowotnego przed datą 21 czerwca. To nie jest jednak aż takie proste, ponieważ 31 grudnia 2021 r., czyli w ostatnim dniu poprzedniego programu, program był dostępny tylko w części powiatów. W części powiatów nigdy nie był udostępniony. To nie oznacza, że ze stuprocentowej dostępności na 11 miesięcy z przyczyn legislacyjnych zeszliśmy do zerowej dostępności. W części kodów pocztowych dostępność była zerowa w momencie zakończenia pilotażu, jak to pani słusznie określiła, bo tak trzeba powiedzieć. Coś, co jest wdrożone w ograniczonej części Polski przy ograniczonych możliwościach.

Zawsze świat się dziwił, że Polska ma program przesiewowy z kolonoskopią, bo jest to bardzo trudne do zrealizowania. Jest to program, który wymaga administracji i bardzo dużej liczby wyszkolonych kadr. Akurat te dwie rzeczy w polskiej medycynie są zwykle niedostateczne. Gdyby dzisiaj wszyscy z populacji badanej chcieli wykonać kolonoskopię oraz gdyby była i pełna dostępność, i pełna chęć, to by się nagle okazało, że robi się kolejka na wiele lat. Co to oznacza? Że 31 grudnia 2021 r. nie byliśmy gotowi na kontynuację programu. Bardzo się cieszę, że czekaliśmy na ocenę AOTMiT, żeby określić, w jakim miejscu jest ten słuszny program i jak powinien być wdrażany. No i kontraktacja – czy ona jest długa, czy krótka. W wielu miejscach w systemie ochrony zdrowia 11-miesięczna kontraktacja jest standardem. Chcielibyśmy, żeby jej nie było, a tak naprawdę ten proces po prostu jest zwykle bardzo złożony i wymaga wielu decyzji administracyjnych. Nie piętnowałbym ministerstwa czy NFZ za to, że w 11 miesięcy nie zakontraktowaliśmy czegoś, co dopiero od 21 czerwca br., jak wiemy, jest uzasadnionym świadczeniem dla polskiego płatnika.

Odejdę troszeczkę od strony profilaktycznej, bo było tu dotkniętych też bardzo dużo rzeczy związanych z leczeniem. Jako przedstawiciel świadczeniodawcy chciałbym podziękować w tym momencie ministerstwu za rozliczne pozytywne decyzje związane z finansowaniem drogich terapii. Są one odpowiedzią na oczekiwania pacjentów i świadczeniodawców. W Polsce jest naprawdę bardzo dobra dostępność leczenia w tej chorobie. Można wskazać pojedyncze braki, ale naprawdę pan minister Miłkowski ze swoim zespołem zrobił bardzo dużo dobrego w ostatnich latach. W ogóle nie ma wstydu obecnie, żeby mówić, jak leczymy w Polsce zaawansowane postaci raka jelita grubego.

Trochę smutnym elementem, ale być może koniecznym, jest planowane wprowadzenie dopłat bezpośrednich do środków stomijnych i zabezpieczenia stomijnego. Gdy poszukiwałem źródła, dlaczego ministerstwo w tym kierunku występuje, to gdzieś tam z tyłu głowy miałem, że okazuje się, że są pewne nadużycia u osób wybitnie uprawnionych do dużej ilości środków stomijnych. To są osoby, które w większości mają uprawnienia wynikające z wysokiego stopnia niepełnosprawności. Takich osób w tej grupie jest bodajże 1/3 czy 25%. Być może lepsze regulacje mówiące o tym, że ktoś może nie potrzebuje tysiąca worków na miesiąc, a sto, nie obciążyłyby całego środowiska stomików.

Czekamy także na rozpatrzenie naszego wniosku jako świadczeniodawcy na stworzenie tzw. poradni stomijnych. Poradnia stomijna to miejsce profesjonalnej pomocy udzielanej osobie ze stomią. Taki produkt w NFZ nie istnieje. Ministerstwo też nigdy nie rozpoznało, że jest potrzebne. Tymczasem pacjent wyedukowany zużywa mniej środków stomijnych. Dlatego sugerowałbym, żeby opóźnić wprowadzenie dopłat do sprzętu stomijnego dla pacjentów do momentu, kiedy pacjenci będą mieli możliwość zyskania edukacji w tym zakresie. Czyli najpierw poradnia stomijna, a potem dopłaty

dla tych, którzy po wyszkoleniu nie radzą sobie z odpowiednią liczbą sprzętu. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Moja uwaga. Obserwując i mając kontakt z wieloma pacjentami stomijnymi, powiem tak, że nie wiem, jak w innych regionach, ale na Śląsku są sklepy, które prowadzą sprzedaż towarów medycznych z różnych zakresów i w ani jednym sklepie nie spotkałam się z tym, żeby nie udzielono instrukcji. Jest nawet tak dobrze wypracowany mechanizm, że osoby z tych sklepów nawet podjeżdżają do pacjenta i cały instruktaż odbywa się w domu, jeżeli jest taka potrzeba. Widzę, że jest wielka troska u tych, którzy prowadzą sprzedaż wyrobów medycznych, aby była informacja dla pacjenta. Wydaje mi się, że w pewnych kwestiach nie powinniśmy wymagać od NFZ, ale od tych osób, które tymi towarami się zajmują, bo to nie może być tylko sklep na zasadzie sprzedaży produktu, bo to jest miejsce szczególne. To powinny wykonywać osoby, które tak naprawdę mają empatię i które mogą doradzić jako praktycy, bo przecież nie wyobrażam sobie, żeby osoba zajmująca się na co dzień handlem tymi produktami, nie była obeznana z tym, jak to funkcjonuje. Wydaje mi się, że powinniśmy iść w tym kierunku.

Dla mnie jako osoby, która jest bardzo zatroskana o stomików, niewyobrażalne jest to, żeby opóźniać jakieś rozporządzenie w kwestii refundacji, bo w tym wszystkim najważniejszy jest pacjent. Dobro pacjenta i komfort życia. W tym zakresie będę się odnosić *ad vocem* do pana, bo patrzę jakby globalnie i strategicznie na cały obszar. Wszystkiego nie możemy wymagać od NFZ. Osoby, które zajmują się tą bardzo złożoną tematyką, też powinny mieć kwalifikacje i pomagać pacjentowi. To musi być naprawdę stworzenie takiego interdyscyplinarnego zespołu, mającego na względzie przede wszystkim dobro pacjenta. Tu będę tego wymagać.

Zastępca dyrektora NIO-PIB Lucjan Wyrwicz:

Zgadzam się. Zmiany w zakresie rozporządzenia mają wprowadzić dopłatę dla pacjenta, a nie rozszerzyć zakres dostępności dla chorego, więc to nie są… Dlatego prosiłem o rozważenie opóźnienia wprowadzenia, ponieważ to, co wprowadzamy, nie jest propacjenckie. Wprowadzamy większe dopłaty. Pewnie zaraz stowarzyszenie stomików się wypowie.

A odnośnie do tego, czy sklep medyczny prowadzący działalność komercyjną powinien być edukatorem w zakresie wykorzystywania wyrobów medycznych, to odrobina… Sprzedawca nie jest zawodem medycznym. To nie jest opieka farmaceutyczna.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Przepraszam bardzo. Mówię jako profesjonalista, jako menadżer. Jeżeli chcemy sprzedawać produkt, to musimy go tak sprzedawać, aby osobie odbierającej była przede wszystkim udzielona informacja. To jest tak jak instruktaż w normalnym sklepie specjalistycznym. Naprawdę musimy zmienić myślenie, nastawiając się na innowacyjność, tak jak jest na Zachodzie i jakie są standardy europejskie. W tym kierunku będę szła, bo my jeszcze jesteśmy – przepraszam – w poprzedniej epoce, gdzie chcemy mieć gotowe rozwiązania z MZ. Nie, tutaj trzeba naprawdę bardzo kompleksowo, z wielkim zrozumieniem i empatią… Natomiast po pierwsze dla mnie najważniejsze jest to, aby była wysoka refundacja i komfort dla pacjenta oraz opieka kompleksowa. Osoby, które się zajmują tą tematyką, które chcą właśnie wchodzić w sprzedaż produktów… Zresztą mam kontakt z wieloma sklepami w całej Polsce. To naprawdę są fachowcy. Naprawdę nie zdarzyło mi się, żeby te osoby nie udzieliły pomocy i informacji pacjentom. Tutaj z założenia nie możemy mówić, że to jest tylko sprzedawca, tak jak w aptece jest osoba, która jest wykwalifikowana i ma pewne predyspozycje, więc tutaj też musimy iść w tym kierunku. Bardzo proszę o udzielenie informacji. Proszę się przedstawiać.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO Dorota Kaniewska:

Dzień dobry. Dorota Kaniewska, Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO. Proszę państwa, sprzęt stomijny dopasowuje się zupełnie inaczej niż perukę czy aparat słuchowy. Żeby dobrać odpowiedni sprzęt stomijny, który będzie idealnie pasował, to stomię trzeba

obejrzeć i palpacyjnie zobaczyć, jak wyglądają powłoki brzuszne, jaka jest wielkość stomii, czy stomia wychodzi nad powłoki brzuszne, czy jest równo z tymi powłokami. Żaden sklep rehabilitacyjny, który prowadzi dystrybucję wyrobów stomijnych, nie jest w stanie zapewnić pacjentowi takiego dopasowania sprzętu. Są sklepy sprzedające sprzęt stomijny, które prowadzą firmy dystrybuujące ten sprzęt i tam są gabinety, gdzie pielęgniarka może taki sprzęt dobrać. Natomiast sprzedawca może ewentualnie doradzić, ale w takich sklepach nie ma oddzielnego pokoju czy gabinetu, gdzie ten sprzęt prawidłowo można byłoby do danej stomii dobrać.

A niestety prawda jest taka, że większość naszych stomii to są stomie problematyczne, ponieważ nie wyznacza się tego miejsca stomii przed operacją w trzech pozycjach – leżącej, stojącej i siedzącej. Często jest tak, że miejsce stomii jest wyznaczane już wtedy, kiedy pacjent leży na stole operacyjnym. Później następują problemy, bo jeżeli pacjent podniesie się po operacji, to okazuje się, że stomia opada z brzuchem. Takie stomie są bardzo ciężkie do zaopatrzenia. Większość naszych pacjentów to są pacjenci z przepuklinami okołostomijnymi. Proszę państwa, dobrać odpowiedni sprzęt do przepukliny wokół stomii jest naprawdę trudno. Niestety pielęgniarki stomijne na oddziałach nie mają czasu na to, żeby pacjenta czy jego rodzinę odpowiednio wyedukować.

Nasze stowarzyszenie kilkadziesiąt lat temu wywalczyło poradnie stomijne, które nie wiem, z jakich powodów, choć domyślamy się, zostały po prostu zamknięte. Pani przewodnicząca, proszę państwa, tam mieliśmy kompleksową opiekę. Mieliśmy tam dostęp i do lekarza, i do pielęgniarki. Często mogliśmy też skorzystać z pomocy wolontariusza stomijnego.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Ale jeżeli mogę wejść w słowo, będziemy musieli zrobić chwilkę przerwy, bo o godz. 12.00 mamy głosowania na sali plenarnej, tak że państwo muszą nam dać czas na to, żebyśmy mogli zagłosować i wrócę do państwa, jak i posłowie również. Jeżeli jednak mogę tu coś powiedzieć, to nie wiem, kiedy to się zmieniło, kiedy te gabinety przestały funkcjonować, ale…

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO Dorota Kaniewska:

Na początku 2000 r.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Powiem szczerze, bo wiem też ze swoich wywiadów w terenie, że wiele tych funkcji właśnie… Nie wiem, na jakich to jest zasadach. Przyznam szczerze, że tego nie wiem. Są pielęgniarki, które współpracują ze sklepami medycznymi. Jak jest jakiś kłopot czy problem, a wiemy, że każdy pacjent jest inny i to trzeba dobrać indywidualnie, to one przyjeżdżają do domu pacjenta. Nie wiem, na jakich zasadach, ale wydaje mi się, że taki model jest najlepszy, żeby po prostu był kontakt z pacjentem, a siłą rzeczy sklep medyczny pełni jakby funkcję łącznika pomiędzy lekarzem a pacjentem, bo tam są te rzeczy zakupywane. Może w ten sposób da się znaleźć jakiś złoty środek, żeby zaopiekować się pacjentem od początku do końca, tym bardziej że… Nie wiem, jak jest w innych częściach Polski, ale na Śląsku jakoś z tym tematem sobie radzimy, ale obiecuję, że rozpoznam ten temat.

Bardzo proszę o informacje, żeby tutaj pewne rzeczy usprawnić i na płaszczyźnie MZ to przedyskutować. Tak jak mówię, tu naprawdę potrzeba woli wszystkich. Nie tylko wymagania, ale też spojrzenie od strony praktycznej. Nie jestem teoretykiem, ale praktykiem i chcę jak najlepiej, żeby były rozwiązania dla pacjenta, żeby miał on komfort życia, żeby nie musiał przeżywać różnego rodzaju przykrych sytuacji i rodzina tak samo.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO Dorota Kaniewska:

Jeszcze krótko chciałam się odnieść do tego rozporządzenia, które ma się ukazać 1 stycznia przyszłego roku.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Tak, bardzo proszę, ale to tak…

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO Dorota Kaniewska:

Bardzo krótko. Powiem tylko tak, że to będzie bardzo duże obciążenie dla pacjentów ze stomią, ponieważ mamy sporo osób, które mają więcej niż jedną stomię. Mało tego,

większość tych pacjentów, którzy mieli naświetlaną miednicę mniejszą, ma przetoki i korzysta, krótko mówiąc, ze środków chłonnych. Od 1 stycznia przyszłego roku ci pacjenci, którzy mają przetoki po komplikacjach onkologicznych, będą musieli również dopłacać do środków chłonnych, więc to będzie dodatkowe obciążenie pacjentów kosztami. To nie będą 24 zł, tak jak zakłada ministerstwo, bo te koszty będą dużo wyższe. Jedna pasta 50-mililitrowa kosztuje ponad 60 zł, a ona na miesiąc nie wystarcza. Tyle.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

To jest warte…

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO Dorota Kaniewska:

Będzie więcej niż jedno zlecenie, co po prostu spowoduje, że dużo więcej czasu lekarz będzie musiał poświęcić na wypisanie tych zleceń – dwóch, a nieraz trzech czy czterech. W tej chwili przy jednym zleceniu lekarze mają problemy z wypisaniem.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję za bardzo cenną uwagę. Bardzo prosiłabym, żeby sformalizować stanowisko dotyczące właśnie pewnych niepokojów związanych z wprowadzeniem rozporządzenia od 1 stycznia. Chodzi o stanowisko dotyczące wizji, jak państwo to oceniają i jak to jest obecnie, a jakie są niebezpieczeństwa po 1 stycznia przyszłego roku. Bardzo prosiłabym, żeby to napisać i przekazać do podkomisji stałej do spraw onkologii. Wtedy możemy takie stanowisko jako podkomisja wystosować zarówno do Komisji Zdrowia, jak też i do MZ, bo tu trzeba jak najwcześniej zareagować, żeby nie było jakiegoś kłopotu. Przez to mamy dzisiejsze posiedzenie, wiedząc o tym, że rozporządzenie jest przygotowywane, żeby móc z państwem też porozmawiać, aby po prostu zapobiec jakiemuś złemu rozwiązaniu. Po to jesteśmy. Bardzo proszę panią o przesłanie tej informacji. Dobrze?

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO Dorota Kaniewska:

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos w dyskusji? Bardzo proszę.

Menadżer Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry państwu. Joanna Frątczak-Kazana, Fundacja Onkologiczna Alivia. Proszę państwa, data przeniesienia finansowania programu badań przesiewowych była znana co najmniej od kilku lat, a mianowicie od momentu publikacji „Narodowej strategii onkologicznej" (NSO). Wydaje się, że 2 lata to powinien być wystarczający okres na to, aby przygotować się do tego, by płynnie przenieść program do finansowania przez NFZ.

Chciałabym zwrócić uwagę na jeszcze jedno zadanie, które nie zostało zrealizowane, a zostało zapisane w NSO, a o którym również pani dyrektor mówiła. Mianowicie wprowadzenie w 2021 r. testu FIT jako testu alternatywnego dla kolonoskopii. W sprawozdaniu z realizacji NSO za 2021 r. zaraportowano wprowadzenie pilotażu testu FIT jako testu alternatywnego, natomiast w zakresie wprowadzenia finansowania testu ze środków publicznych zaraportowano przygotowywanie rozwiązań legislacyjnych oraz wstrzymanie realizacji do zakończenia pilotażu i kontynuację w 2022 r. To kolejne zadanie, które jest opóźnione. Kiedy zatem planowana jest data realizacji tego zadania?

Chciałabym zapytać o jeszcze jedną rzecz, a mianowicie o wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Od 1 lipca 2017 r. weszły w życie przepisy nowelizacji pakietu onkologicznego, wprowadzające właśnie obligatoryjną publikację wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w dziedzinie onkologii. Od tego czasu minęło 5 lat. Wytyczne, nie tylko zresztą dla raka jelita grubego, nie zostały opublikowane.

Narodowy Instytut Onkologii pracuje nad projektem adaptacji wytycznych National Comprehensive Cancer Network (NCCN). W naszej opinii adaptacja ta nie powinna podlegać ograniczeniom z powodu niedostatecznej dostępności technologii medycznych w Polsce. Wytyczne powinny być wdrożone zgodnie z tym, jakie wytyczne są przygotowane przez NCCN. W przypadku adaptacji tych wytycznych w Polsce decyzja w tej sprawie nie

została podana do publicznej wiadomości. Nie określono również sposobu wdrożenia ich do praktyki klinicznej w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wobec tego prosiłabym o odpowiedź na następujące pytania. Jaki jest harmonogram publikacji wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w leczeniu raka jelita grubego na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych? Następnie, jaki jest harmonogram publikacji wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wypracowanych przez NIO-PIB oraz NCCN? Czy te wytyczne będą publikowane w formie obwieszczenia ministra zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej? Czy będą one uwzględniać wszystkie technologie medyczne rekomendowane przez międzynarodowe towarzystwa naukowe, czy pan minister będzie może jednak dostosowywał te wytyczne do dostępności technologii medycznych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia? Jeszcze jedno pytanie. W jaki sposób planowane jest wdrożenie tych wytycznych dla raka jelita grubego do praktyki klinicznej właśnie w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia? Czy od realizacji tych wytycznych będzie uzależnione finansowanie świadczeń? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani dyrektor, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dobrze. Może zacznę od pierwszego pytania. Myślę, że wspominałam o tym na początku. Rzeczywiście pan minister planuje wprowadzenie świadczenia polegającego na wykonaniu testu FIT, ale wspomniałam też, że jesteśmy na etapie podejmowania decyzji o tym, jakim trybem zostanie wprowadzone. Było to już wprowadzone pilotażem. Natomiast dostosowując w ogóle możliwość wykonania tego badania do naszych możliwości organizacyjnych, a mam tutaj na myśli przede wszystkim laboratoria, które tak naprawdę stoją trochę na przeszkodzie w wykonaniu tego w takiej skali, jak to było zapowiadane, na razie jesteśmy na etapie uzgodnień z NIO-PIB – w zeszłym tygodniu się zakończyły rozmowy na ten temat – i z NFZ, w jakim trybie zostanie wprowadzony test FIT.

Mogę państwu tylko zdradzić, że opinie nie są jednoznaczne odnośnie do tego, który wprowadzamy, bo mamy, jak państwo wiedzą, kilka rodzajów testu FIT. Posiłkując się autorytetami profesorów, którzy z nami współpracują, powiem, że nie jest to takie proste, jak zostało zapowiedziane. Nadal więc trwa realizacja tego zadania. Z trójką profesorów z instytutu będziemy to na pewno wprowadzać, bo taka jest też decyzja pana ministra. Natomiast, tak jak wspomniałam, czy to będzie program polityki zdrowotnej, czy kolejny pilotaż, bo już jeden się zakończył, więc jakby to właśnie wnioski z tego pilotażu powinny stanowić podstawę do tego, żeby świadczenie wprowadzać, czy też świadczenie gwarantowane, ale tutaj najmniej jest pozytywnych opinii na temat wprowadzenia tego do koszyka…

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Pani dyrektor, niestety muszę przerwać, bo o godzinie 12 mamy głosowanie na sali plenarnej. Wrócimy zaraz po głosowaniu. Proszę państwa o przerwę. Myślę, że to nie będzie długo trwało, tak że polecamy się za parę minut. Będziemy dalej rozmawiać. Bardzo dziękuję.

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Szanowni państwo, wznawiamy posiedzenie podkomisji. Bardzo proszę panią dyrektor o kontynuowanie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, dziękuję bardzo. Tak jak wspominałam, jeśli chodzi o wprowadzanie testu na krew utajoną w kale (FIT), to uzgadniamy teraz szczegóły, czyli po prostu model, w jakim modelu to ma zostać wprowadzone. Jest dość dużo obaw odnośnie do tego, czy nasz system podoła, jeśli chodzi o organizację laboratoriów. Natomiast to nie są jedyne wątpliwości, bo przecież test FIT jest obecny również w programie „POZ plus". Mamy

kilka rodzajów testów FIT na rynku. To będzie uzgodnione z ekspertami. Myślę, że lada moment poinformujemy, w jaki sposób ten test zostanie wprowadzony.

Jeśli chodzi o pytanie drugie, dotyczące zaleceń w onkologii i postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, to rzeczywiście procedura obwieszczenia została opisana w art. 11 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Aby zalecenia zostały wprowadzone, badana jest opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji . Z moich informacji wynika, że profesorowie, przedstawiciele Narodowego Instytutu Onkologii, ale oczywiście działający w ramach „Narodowej strategii onkologicznej" (NSO), przygotowują takie zalecenia, ponieważ zalecenia powinny być przygotowywane przez towarzystwa. Będą one poddawane opiniowaniu. Na razie nie wpłynęły jeszcze do ministerstwa zalecenia dotyczące raka jelita grubego. Jeżeli takie wpłyną, to one zostaną niezwłocznie przekazane do AOTMiT. Agencja średnio przewiduje pewnie dwa miesiące na ocenę takich zaleceń. Procedura jest taka, że następnie minister po zapoznaniu się z opinią AOTMiT podejmie decyzję, czy wprowadza je w takim kształcie, w jakim zostały zaproponowane.

Czy to będą zalecenia National Comprehensive Cancer Network (NCCN)? Nie jestem w stanie pani tego powiedzieć. Na pewno należy posługiwać się… W ogóle jeśli chodzi o samą nomenklaturę, zalecenia są czymś, co powinno wynikać z pewnych rekomendacji środowiska dotyczących ścieżek pacjenta. Czy to będą akurat zalecenia tej organizacji? Naprawdę w tym momencie nie jestem tego w stanie państwu powiedzieć, bo okaże się to dopiero po przejściu procedury oceniającej w ramach AOTMiT. Na razie do ministerstwa nie wpłynęły zalecenia dotyczące tego rozpoznania, więc oczekujemy na materiał. To jest jedno z pięciu rozpoznań, które będą właśnie przedmiotem obwieszczenia ministra zdrowia. Tak jak słusznie państwo zauważyli, to jest obowiązek ministra, żeby zostały wydane, więc trwają tutaj prace w ramach NSO.

Zastępca dyrektora NIO-PIB Lucjan Wyrwicz:

Jeśli można *ad vocem*… Lucjan Wyrwicz, Narodowy Instytut Onkologii. Bardzo cieszę się, że stowarzyszenie pacjentów pyta o test FIT. Prosiłbym bardzo, żeby stowarzyszenie zwróciło uwagę pacjentom, że test FIT jest powszechnie dostępny i refundowany w ramach programu „Profilaktyka 40 plus". Populacja, która nas interesuje w zakresie diagnostyki raka jelita grubego, jest spójna z populacją „Profilaktyki 40 plus". Tak więc element popandemiczny, który jest obserwowany przez ministerstwo, troszeczkę jest protezą tego, co będzie w przyszłości. Każdy Polak może udać się i w obrębie swojego POZ wykonać test FIT w ramach zapisania się na „Profilaktykę 40 plus", a do tego czasu, zanim przyjdzie następne badanie, które jest wykonywane w pewnym interwale, to pewnie już uda się załatwić. Tak więc chciałbym, żeby wybrzmiało to zewsząd, iż test FIT jest dostępny i finansowany, chwilowo jednorazowo, a zanim będzie konieczność wykonania kolejnego badania, to pewnie już będzie to ustalone, jaka to powinna być formuła, jaka technologia. Dziękuję.

Prezes Fundacji Europa Colon Polska Iga Rawicka:

To mam jeszcze jedno pytanie.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Przepraszam bardzo, ale miałam ważny telefon. Jest dzień sejmowy i po prostu jest bardzo gorąco. O, tak bym powiedziała. Bardzo się cieszę, że pani dyrektor udzieliła informacji, bo najważniejsze przy podejmowaniu decyzji jest to, abyśmy po prostu się zrozumieli, żeby te decyzje były dobre dla pacjentów. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Europa Colon Polska Iga Rawicka:

Iga Rawicka, Europa Colon Polska. Mam pytanie o gwarancje jakości wykonywanych badań kolonoskopowych w ramach programu, który w tej chwili będzie pod Narodowym Funduszem Zdrowia, ponieważ program, kiedy był zarządzany przez Ministerstwo Zdrowia i nadzorowany przez Narodowy Instytut Onkologii (NIO-PIB), gwarantował jakość wykonanych kolonoskopii, a endoskopiści byli szkoleni. Było około 130 placówek i rzeczywiście to było wykonalne, żeby ich przeszkolić. Mieliśmy gwarancję, że kolonoskopia, której wykonanie jest rekomendowane co 10 lat, może być wykonywana nawet co 17 lat, jeżeli jest dobrze wykonana. Natomiast jeżeli teraz kolonoskopię w ramach programu badań przesiewowych będzie wykonywało około

650 jednostek, to jaka jest gwarancja tego, że badania będą wykonane naprawdę dobrze? Pytamy, ponieważ źle wykonana kolonoskopia daje osobie pozorną gwarancję, że przez 10 lat jest chroniona, a wiemy, że źle wykonana kolonoskopia i niewycięty jeden polip mogą być związane z ryzykiem pojawienia się choroby za 10 lat, ale z przeświadczeniem osoby, która była badana, że ma dobrze wykonaną kolonoskopię i jest bezpieczna.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani dyrektor, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak jak słusznie pani zauważyła, jeżeli kolonoskopiści byli szkoleni w ramach programu, to nadal ci sami kolonoskopiści będą wykonywać badania kolonoskopowe w ramach koszyka programów zdrowotnych. Nie mamy tutaj do czynienia z nową, dodatkową liczbą lekarzy, którzy będą to wykonywać. Natomiast każdy program powinien zakończyć się ewaluacją, z której powinny wynikać właśnie te wnioski, o których pani powiedziała, czyli takie, które powinny wskazywać, że rzeczywiście kolonoskopia wykonywana w ramach programu jest jakościowo lepsza i dawałaby pacjentom jakościowo lepsze rezultaty. Tego jeszcze nie mamy. To znaczy, że nie oceniliśmy tego programu dostatecznie dobrze, żeby powiedzieć państwu, że skoro wprowadziliśmy to do koszyka i zapowiadane jest, że będzie to wykonywało około 650 jednostek, to spadnie jakość udzielanych świadczeń. Oczywiście mamy świadomość tego, że do lekarza profilaktycznie przychodzą ludzie, u których zmiany są bardzo małe, nie tak ewidentne i poważne jak w przypadku lekarzy, do których przychodzą pacjenci do AOS. Jednak, tak jak wspomniałam na początku, nasze kryteria i dobór personelu w koszyku zapewniają tę najwyższą jakość. Nie mamy tutaj podstaw do tego, żeby podejrzewać, że jakość udzielanych świadczeń spadnie tylko dlatego, że zakończyliśmy pewien etap testowania tego rozwiązania, czyli wykonywania kolonoskopii profilaktycznej, a przełożyliśmy warunki realizacji do koszyka, jakby zmieniając w koszyku finansowanie tych świadczeń, więc tutaj raczej byłabym spokojna.

Zastępca dyrektora NIO-PIB Lucjan Wyrwicz:

Czy mogę odpowiedzieć jako świadczeniodawca? Jeśli przyjmiemy, że lekarz wykonuje 10 badań w ciągu dnia i mamy 200 dni w roku, to w najprostszym modelu jeden lekarz endoskopista może wykonać 2 tys. badań. Mówimy o potrzebie liczonej w setkach tysięcy badań i w związku z tym trzeba to mnożyć. Tymczasem ludzie nie chcą pracować tylko w obrębie jednego miejsca. Mamy trend odchodzenia lekarzy od szpitalnictwa. Nigdy nie będzie tak, że kolonoskopista czy endoskopista będzie wykonywał to w formie 100% swojego czasu, tak więc musimy mieć więcej świadczeniodawców.

Druga rzecz jest może bardzo techniczna. Do badania trzeba się przygotować, a nie jest to badanie miłe i osoby nie chcą się do niego przygotowywać daleko od domu, bo: „Muszę wsiąść w samochód i pojechać godzinę po to, żeby dojechać do miejsca, a tymczasem wziąłem środki na przeczyszczenie". To dosyć niekomfortowe. W związku z tym jednym z powodów tego, dlaczego pacjenci nie dojeżdżają na badanie, jest to, że nie mają tego robionego prawie że pod strzechą. Tak więc po elemencie udowodnienia wartości endoskopii ona musi być sprowadzona na poziom bliskości chorego, bo tylko wtedy będzie mógł się przygotować. Na jednym z niedawnych kongresów amerykańskich zaprezentowano zestaw dla bezdomnego Amerykanina do przygotowania się do kolonoskopii skriningowej, jak się żyje poza domem. Była dawana walizka. Może powinniśmy iść w tę stronę i aż tak zachęcać, tymczasem… Niech państwo zauważą, że w tej walizce to nie była jakaś jedna rzecz. Był to naprawdę cały zestaw do przygotowania się. Jeśli będziemy uważać, że tylko ośrodki referencyjne będą wykonywać kolonoskopię, to będziemy ciągle wykonywać ją na poziomie promili lub procentów populacji, która powinna być objęta opieką. A jak chcemy trafić, żeby naprawdę pojawiła się ochronna rola kolonoskopii, to musi ją wykonywać każdy endoskopista w jakimś czasie, także po to, żeby trafiało to do chorych, którzy są w mniejszych miastach. Polska w większości składa się z mniejszych miast, a nie z wielkich aglomeracji.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Uważam, że dobrym modelem, który akurat można powielić w tym obszarze, są dobrze funkcjonujące jednostki *breast cancer unit* związane z rakiem piersi. Są ośrodki, które są powiązane z NIO-PIB. Czy nie można by pójść w tym kierunku, żeby były też takie ośrodki, gdzie jest możliwość przeprowadzenia tych badań pod nadzorem właśnie NIO-PIB? Chodziłoby o to, żeby pod jego nadzorem to realizować, aby po prostu były zachowywane standardy, bo to jest ważne, żeby zarówno w ośrodku wysoko wyspecjalizowanym, jak i w ośrodkach typu szpitale powiatowe… Akurat mój szpital też takie badania wykonuje, z czego się bardzo cieszę, bo jest bardzo dużo zgłoszeń. Małe miasta i te małe szpitale naprawdę dużą rolę odgrywają, bo pacjenci są przekonani do opieki, do swoich lekarzy.

Powiedziałabym, że to, co pan mówi, jest bardzo priorytetowe. Warto byłoby się nad tym pochylić. Bardzo prosiłabym też, żeby pan przygotował stanowisko w tym zakresie, mając na względzie standardy europejskie, bo wiem, że na Zachodzie ta bliskość jest bardzo istotna i pacjenci naprawdę mają komfort. Mam kontakt i z lekarzami i z Anglii, i z Niemiec. Może w tym kierunku, żeby te dobre standardy u nas wypracowane po prostu zachować?

Zastępca dyrektora NIO-PIB Lucjan Wyrwicz:

Na pewno musimy poczekać na ustalenia koszykowe, które zdefiniują nam, kim powinien być endoskopista i jakie będzie pokrycie ośrodków. Wydaje mi się, że zmierzamy właśnie w kierunku populacyjnego pokrycia badań endoskopowych w Polsce. Porównanie do *breast cancer units* jest porównaniem bardzo dobrym, bo to są ośrodki, które zapewniają *one stop shop*, w jednym miejscu wszystko, choć skala jest inna, bo 80–100 mammografii wykonywanych dziennie w NIO-PIB w lokalizacji na Ursynowie w ogóle nie obciąża organizacyjnie jednostki. To jest krótkie badanie, które można ocenić po czasie, czyli bezpośrednie badanie wykonuje technik elektroradiologii i łatwiej jest taką osobę zachęcić do pracy popołudniami, a zdjęcie ocenia lekarz, który selekcjonuje: „Ta osoba do diagnostyki, ta osoba na kolejne badanie za dwa lata". Tymczasem jest inna dostępność kadry w zakresie endoskopii. Tu musimy mieć osobę na miejscu i musimy mieć anestezjologa do 30% badań. Jest to dużo bardziej kosztowne. Po prostu nie jest wcale tak prosto otworzyć poradnie, które by działały: „A dzisiaj zbadamy 100 osób kolonoskopowo".

Dlatego zmiana technologii w kierunku testów FIT jest jak najbardziej w Polsce właściwa, bo ciągle mamy Polskę – nazwijmy to tak – rejonową. Mamy Polskę, gdzie podstawowym lekarzem nie jest onkolog, nie jest gastrolog, tylko lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Lekarz POZ, jak pokazuje pilotaż „POZ plus", może zachęcić swoją populację, aktywnie wykorzystując personel pielęgniarski, a także personel koordynatorów medycznych do tego, żeby wykonać badania. Znowu *casus*. Wysłałem osobistą rodzinę do lekarza POZ w jakimś celu. Wyszli zapisani na „Profilaktykę 40 plus" razem z testem FIT, bo tego nie wykonywali. Pomimo że pracuję z chorymi na raka jelita grubego, nie udało mi się zachęcić mojej dalszej rodziny do tego, żeby wykonała badanie. A lekarz wziął na rozmowę i powiedział: „Czemu jeszcze nie? Proszę mi podać powody, dlaczego pani jeszcze nie wykonała tego badania?". To jest coś niesamowitego. Mamy teraz niesamowite działania w opiece koordynowanej w POZ i to tam powinna zaczynać się profilaktyka. Albo musimy endoskopistę zawieźć do gminy, albo musimy test FIT dać do ręki lekarzowi rodzinnemu.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Muszę tu podkreślić wprowadzoną obecnie reformę w POZ, która tak naprawdę zakłada wysoko wyspecjalizowane gabinety, bo w tym kierunku musimy iść. Nie tylko podstawowa opieka, ale też pogłębiona. To jakby wpisuje się w to, co pan tutaj mówił, a co dotyczy właśnie prewencji związanej z rakiem jelita. Chodzi w ogóle o prewencję, o profilaktykę w bardzo szerokim wymiarze. Myślę, że jesteśmy w trakcie tych zmian. Bardzo się cieszę z tego głosu w dyskusji, bo jest to bardzo mobilizujące nas do działania. Myślę, że MZ jest otwarte na tego typu sugestie, bo to jest głos praktyka i osoby, która jest wielce zaangażowana w to, aby zapobiegać rozwojowi chorób cywilizacyjnych. Wiemy doskonale, jakie są statystyki – rak piersi, rak płuc, rak jelita, te przodujące.

Wydaje się, że takie podejście do otwartości POZ na tego typu działanie, jakby wręcz nakazowe, będzie bardzo istotnym elementem w opanowaniu problemów, aby były wczesna diagnostyka, tanie leczenie i w konsekwencji komfort życia pacjenta. Te aspekty muszą być spełnione. Pani dyrektor, gdyby pani się odniosła do tych kwestii, bo zaraz tutaj koledzy będą mówić.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Oczywiście przychylam się do opinii pani przewodniczącej. Bardzo dziękuję za cenne głosy wsparcia i za to, że doceniają państwo to, co zostało wykonane w ramach profilaktyki i leczenia. Na pewno to są dla nas bardzo cenne informacje. Cieszę się, że państwo rozumieją też różnego rodzaju może nie niedociągnięcia, ale opóźnienia, które właśnie wynikają z przyczyn tylko i wyłącznie obiektywnych, na pewno nie z braku czy złej woli. Oczywiście jestem bardzo otwarta na współpracę, ale też dziękuję panu profesorowi i państwu za zabranie głosu. Naprawdę to była bardzo cenna dyskusja.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, teraz pan poseł.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Z wielką uwagą przysłuchuję się tej dyskusji. Jestem chirurgiem onkologiem. Mam do czynienia z rakami jelita grubego niestety już od ponad 40 lat. Podobnie jak pan profesor, zajmuję się również leczeniem, tylko od strony chirurgicznej.

Może zacznę od tego, że wyniki leczenia raka jelita grubego są w Polsce złe, o czym wszyscy wiedzą. To pewien truizm. Dlaczego one są złe? To też jest truizm. Dlatego że jest późno wykrywany. Żeby rak jelita grubego był wcześnie wykrywany, to po pierwsze musi być profilaktyka i to nie tylko profilaktyka wtórna, ale również pierwotna. Obserwuję z dużą sympatią program, który państwo wymyślili. Nazywa się to chyba „Planuję długie życie". Dosyć dużo jest spotów i w telewizji, i w radiu. To idzie w dobrą stronę. Dla mnie jest tego za mało. W ogóle się nie mówi tutaj o profilaktyce pierwotnej raka jelita grubego, a taka profilaktyka istnieje, dlatego że jest to jeden z tych nowotworów, które są związane z trybem życia, a przede wszystkim ze sposobem jedzenia. Co tam się je, tak? Nie będę tu dawał całego wykładu na ten temat, ale to są rzeczy, o których nie każdy wie. Nie każdy Polak wie, że np. nie należy codziennie jeść czerwonego mięsa, a trzeba jeść trochę więcej błonnika. W związku z tym oczekiwałbym, żeby więcej było na ten temat, ale oczywiście ważniejsza pewnie jest profilaktyka wtórna, czyli wczesnej wykrywanie raka.

Słusznie pan profesor mówi, że to jest w ogóle utopia, że wszystkich nam się uda przebadać i zrobić kolonoskopię, która jest na pewno najbardziej istotnym badaniem w raku jelita grubego. Dlatego powinniśmy robić te badania w sposób bardziej celowany. Żeby one były celowane, to trzeba robić FIT. Słucham tutaj pani dyrektor, jak mówi o tym i troszeczkę demonizuje w ogóle to badanie. Przecież nie ma chyba w medycynie prostszego badania niż badanie kału na krew utajoną. Oczywiście są różne badania ilościowe, jakościowe itd., ale to jest niezwykle proste badanie, które tak naprawdę można wykonać w parę minut, tylko trzeba – że tak powiem – kawałkiem kupy dysponować i to można zrobić. Jeżeli przyniesie ktoś próbkę stolca, można to dosyć szybko rozstrzygnąć. Badania te powinny być wykonywane w jakimś periodzie. Powinien to robić lekarz rodzinny albo je zlecać. Na ten temat powinna być powszechna wiedza, której też nie ma u lekarzy rodzinnych, że te badania powtarzane np. raz na 5 lat, mają jakiś sens. Są to badania bardzo tanie. W związku z tym naprawdę nie demonizowałbym problemu, bo w skali w ogóle… Jeżeli zmniejszymy zachorowalność, to na pewno zaoszczędzimy na leczeniu i pokryje to testy FIT w 500%, czyli trzeba robić testy, a potem ludzie z dodatnim wynikiem testu powinni być badani i kierowani na kolonoskopię.

Oprócz tego, jeżeli jest możliwość robienia skriningu, co jest dosyć trudne, to oczywiście… Zgadzam się też z panem profesorem, że to jest dosyć trudne, żeby objąć skriningiem wszystkich Polaków. Dlatego wymyślono, że robi się to w jakichś grupach wiekowych i u tych, którzy mają zachorowania w najbliższej rodzinie. Ma to jakiś sens, aczkolwiek uwarunkowania genetyczne nie są tak duże jak w innych nowotworach, ale oczywiście są, więc to jest słuszne. Dlatego mam pytanie. Dlaczego

przerzucono z ministerstwa profilaktykę? To jest kolejny przykład przerzucania badań profilaktycznych do NFZ. Badania profilaktyczne nie powinny być finansowane z NFZ. Chciałem o to spytać w kontekście tego, co dzisiaj mamy. Zresztą w Sejmie też mamy dyskusję na temat nowej ustawy o zawodzie lekarza, gdzie się przerzuca do NFZ olbrzymie koszty profilaktyki, nie tylko tej, bo i różnej innej. Czy za tym idą środki z ministerstwa? Wydaje mi się, że nie, co z dużą pewnością mogę powiedzieć.

Jeżeli chodzi o poradnie stomijne, słusznie pan mówi, że na pewno poradnie stomijne są pewnym ideałem, natomiast będzie to bardzo trudne do wykonania, szczególnie w Polsce powiatowej. Chcę w ogóle powiedzieć, że…

Może na chwileczkę wrócę do *colorectal cancer units*, które, jak uważam, są taką samą utopią jak to, że wszystkich Polaków będziemy badać kolonoskopowo, chociaż są przykłady na świecie, że można objąć olbrzymią populację. Choćby Japończycy, którzy mieli mnóstwo przypadków raka żołądka. Właściwie każdy Japończyk jest badany gastroskopowo. To na pewno prostsze badanie niż kolonoskopia, ale mimo wszystko to można zrobić. W ten sposób jakoś tam opanowali tego raka, a mieli najwięcej na świecie.

Najwięcej raka jelita grubego… Ciekaw jestem, czy państwo mają takie statystyki, czy ma je pan profesor. Moim zdaniem *gros* raków leczy się w małych szpitalach, ponieważ jest mnóstwo ludzi, którzy przychodzą i są operowani w stadium różnego rodzaju powikłań, np. z niedrożnością, z perforacją, z różnymi innymi kłopotami, z krwawieniem z przewodu pokarmowego, gdzie przyczyną jest rak jelita grubego. Do jakichś wyspecjalizowanych ośrodków można kierować wyjątkowo trudnych pacjentów, bo generalnie jeszcze chcę powiedzieć, że to nie jest jakaś bardzo trudna operacja, żeby to było jasne. W niskich rakach jelita grubego, gdzie zresztą wcześniej powinno się tych chorych naświetlić, to jest słuszne, że oni powinni być operowani w jakichś ośrodkach referencyjnych, tak jak przy raku trzustki, chociaż potrafi to zrobić większość chirurgów, którzy się tym zajmują na co dzień w różnych ośrodkach. Tutaj więc *breast cancer units*, o których też się dużo mówi, a one w ogóle nie działają w Polsce… Gdzieś tam raczkują, ale to wcale tak nie śmiga, jak to pani przewodnicząca mówiła. O ile one jeszcze mają jakiś sens, to *colorectal cancer units* większego sensu moim skromnym zdaniem nie mają. Gdybyśmy zatem wszystkich pacjentów zaczęli nagle leczyć w ośrodkach referencyjnych, to ci chirurdzy, którzy mają do czynienia z powikłaniami, nie byliby w ogóle przygotowani do ich leczenia. To tyle, choć jeszcze coś chciałem powiedzieć.

Zacząłem mówić o poradniach stomijnych. Wydaje mi się, że powinniśmy zwrócić uwagę na to, żeby na każdym oddziale chirurgicznym była pielęgniarka stomijna, bo przecież stomie się wytwarza w czasie operacji. Nie w AOS, tylko w szpitalu. W związku z tym przed wyjściem do domu pacjent powinien być jasno poinstruowany przez wykształconą pielęgniarkę, w jaki sposób należy to obsługiwać, jeśli już oczywiście doszło do tego, że on ma sztuczny odbyt. Idealnie byłoby, żeby nie miał sztucznego odbytu, ale oczywiście jest znaczna grupa pacjentów, którzy muszą mieć sztuczny odbyt. Chodzi o to, żeby pacjent, wychodząc ze szpitala, wiedział, jak dopchać worek, w jaki sposób dookoła tej stomii robić, jakich środków trzeba używać, jak umyć, jakiej maści używać, jeżeli trzeba itd.

I ostatnia rzecz, o której chciałbym powiedzieć, to jeszcze coś o testach FIT, bo to jest właśnie bardzo proste badanie. Mówiłem już o tym, tylko prosiłbym, żeby państwo rozważyli jednak, czy nie refundować tych badań lekarzom rodzinnym w pewnym periodzie, który moim zdaniem byłby logiczny. Ostatnie zdanie to dosłownie jest wycena procedur medycznych w operacjach raka jelita grubego. Wszyscy, którzy robią wycenę, podnoszą, że ona jest nieadekwatna do kosztów, jakie się ponosi. Nie wiem, jak jest teraz. Pewnie pani dyrektor będzie wiedziała coś na ten temat. Jeszcze niedawno 2 lata temu, kiedy się tym interesowałem, nie było zróżnicowania w wycenie procedur wycięcia raka jelita grubego na metodę otwartą i metodę laparoskopową. Tymczasem dzisiaj już bardzo duża liczba oddziałów chirurgicznych większość tych operacji na jelicie grubym przeprowadza laparoskopowo. Natomiast w czasie, gdy się tym bardzo interesowałem, bo chodziło o szpital, w którym zresztą pracuję, do każdej – nie wiem – hemikolektomii lewostronnej dopłacało się mniej więcej 1,5 tys. zł, a jak ją się zrobiło laparoskopowo,

to już się dopłacało 3 tys. zł. Chyba że w szpitalach te wyceny są zróżnicowane, czego do dzisiaj nie wiem, w zależności od rodzaju referencyjności. W każdym razie, jeżeli te procedury nie będą dobrze wycenione, to oczywiście one będą jakąś kotwicą dla szpitali, które wykonują operacje. Umówimy się, że właśnie z tych przyczyn, że trafiają zaawansowani chorzy, te operacje są wykonywane w większości szpitali w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Będę chciała odnieść się *ad vocem* odnośnie do budżetu i przełożenia finansowania profilaktyki do NFZ. Byłam koreferentem budżetu MZ i podkreślałam, że jest zwiększenie finansowania. Mówienie, że to zmniejszenie, jest nieprawdą, panie pośle. Dementuję tę informację.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Jest zwiększenie składki zdrowotnej, bo wyższe są zarobki, więc jest więcej.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Powiem, że musimy się opierać na faktach, które są, jak i na liczbach. Tutaj nie można po prostu mówić nieprawdy. Co do *breast cancer units*, jak na stan mojej wiedzy, bo współpracuję z NIO-PIB, to nie jest fikcja, tylko te ośrodki funkcjonują. Na pewno trzeba je usprawniać, bo za dobrym funkcjonowaniem tych ośrodków stoją ludzie, stoją osoby wykonujące te zadania. Myślę, że organizacyjnie jesteśmy w stanie to polepszyć. Zresztą ministerstwo kładzie bardzo duży nacisk na tego typu działalność. One są dobrze finansowane. Z tego, co wiem, koszyk świadczeń jest akurat dobrze wyceniony w ośrodkach *cancer unit*. Współpraca ze szpitalami pod egidą NIO-PIB to jest bardzo dobry kierunek. Zresztą państwo w debacie zgodzili się z tym, że tak trzeba zrobić, bo są pewne standardy, które muszą być nadzorowane tak, aby każdy pacjent w każdym miejscu w Polsce miał odpowiednio dobre leczenie.

Co do instruktażu po przebytej operacji, jeżeli chodzi o pielęgniarki, to wiem, że w wielu szpitalach, jak już pacjent dowiaduje się, że ma stomię, to pielęgniarki wykonują tę pracę. Nawet jak jest jakiś problem, to one dają telefon do pielęgniarki z danego terenu, która zajmuje się tą tematyką. Jeżeli trzeba, to nawet pielęgniarka podjeżdża do domu. Wiem, że rodziny sobie radzą. Wiem, bo miałam też w swojej rodzinie taki przypadek i to zafunkcjonowało. Muszę powiedzieć, że można to usprawnić, ale to jest na właściwych torach. Tylko tutaj trzeba pewne rzeczy doprecyzować. Panie profesorze, co do tego jesteśmy zgodni.

Będę oczekiwać od strony społecznej informacji na temat tego, co z państwa punktu widzenia tak naprawdę jest potrzebne, jakie rozporządzenia czy akty prawne, które usprawniłyby działalność, bo to jest bardzo istotne. W związku z tym, że jesteśmy na etapie wydania rozporządzenia, tak jak podkreślam, to spotkanie dzisiejsze jest bardzo ważne. Te założenia, o których państwo tutaj mówią, są bardzo istotne dla wypracowania dobrego rozporządzenia przez MZ, więc państwa o to bardzo proszę. Myślę, że wspólnymi siłami i przez dialog to wypracujemy. A naprawdę przez ostatni czas w onkologii bardzo dużo dobrego się zadziało, bo jest to systemowo poukładane. Jest strategia onkologiczna, są założenia, ale żeby teraz to zafunkcjonowało, musi być praca oddolna tych małych szpitali w uzgodnieniu z NFZ, żeby było to refundowane. Musimy tu po prostu wypracować dobry kierunek dla pacjentów. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora NIO-PIB Lucjan Wyrwicz:

Jeśli można, powiem tutaj, że *breast cancer units* nie są mrzonką, jeśli pokażę państwu jakąś skalę. Zespół leczący raka piersi w NIO-PIB na Ursynowie spędza co tydzień 10 godzin zegarowych konsylium tylko na dyskusji o planach leczenia. W poniedziałek, wtorek przychodzą chore, dowiadują się, są automatycznie obejmowane opieką psychologa, wychodzą z konsylium, umawiane są na wizytę. To naprawdę funkcjonuje.

Wracając do naszego tematu, słuszne jest to, co pan poseł mówi, iż rzeczywiście operacje jelita grubego, są wykonywane w całej Polsce. Z drugiej strony jednak mamy w Polsce dwa razy więcej ośrodków medycznych mających kontrakt na chirurgię onkologiczną niż chirurgów onkologów i to jest niepokojące, bo zakładamy pewną centralizację chirurgii.

Założenia strategii sieci onkologicznej zakładają centralizację chirurgii i rozproszenie chemioterapii, tymczasem mamy rozproszenie chirurgii, ale z za małą liczbą kadry, bo dwa razy więcej ośrodków ma zakontraktowaną chirurgię onkologiczną niż jest chirurgów onkologów. Często są to ośrodki, które rzeczywiście wykonują operacje, ale chirurg jest dostępny jeden dzień w tygodniu. Wolumen ekspertyzy jest w posiadaniu chirurga, tylko on jest np. jednego dnia w mieście A, drugiego w mieście B i wykonuje operacje. To jest potrzebne i tak powinno być, jakkolwiek w XXI w. albo w 2023 r. pacjent onkologiczny powinien mieć choć jedną wizytę w życiu w ośrodku referencyjnym, czyli w takim ośrodku, w którym zostanie ustalony z grubsza plan leczenia.

O ile nie ma problemu przy pacjentach skrajnych – centymetrowy nowotwór w jelicie do operacji, jak i po drugiej stronie – nowotwór zajmujący pół ciała do chemioterapii paliatywnej, to w ośrodkach referencyjnych liczba tych osób, które są na styku decyzji pomiędzy leczeniem radykalnym a paliatywnym, wynosi około 30%. Czyli 3 na 10 pacjentów z rakiem jelita grubego w stadium uogólnienia w ośrodku referencyjnym ma proponowaną ścieżkę leczenia radykalnego, a tymczasem, jak otworzymy ogólne zalecenia i podręczniki onkologii, które mówią: „Lecz tego chorego paliatywnie”… To jest niesamowite. Powinna być ta jedna wizyta, bo jeśli ktoś widzi 200 chorób onkologicznych w swoim życiu, to może niewłaściwie zakwalifikować tych pacjentów, którzy są w ośrodku. Jeśli ktoś widuje całą onkologię, to nie jest mu łatwo wdrożyć nowości z zeszłego tygodnia z konferencji naukowej do praktyki dzisiaj, tymczasem centralne jednostki referencyjne dają tę możliwość.

Oczywiście potrzebna jest kultura referowania, której w Polsce nie mamy. W Polsce bardzo trudno jest wysłać chorego do innego ośrodka, żeby ten chory wrócił, bo pacjent myśli: „Oni nie chcą się mną zająć”. Takie kultury referowania są dostępne w systemach anglosaskich. W systemie angielskim *referral letters* nie są żadnym problemem. Nikt nie wstydzi się tego, że wysyła do ośrodka referencyjnego po opinię. Często opinia będzie brzmiała: „Lecz tak samo, jak leczyłeś dotychczas”. To nie istnieje w systemie. Powinniśmy o tym mówić, powinniśmy mieć możliwość, by dyskutować o instytucji konsultacji lekarza dla lekarza, a nie konsultacji pacjenta przez lekarza. Byłoby to pewnie bardzo potrzebne w chorobach rzadkich, w takich chorobach, które wymagają leczenia wielodyscyplinarnego. Codziennie lekarze NIO-PIB odbierają telefony od kolegów onkologów: „Czy mam przysłać chorego?”, „Czy mam leczyć w sposób tradycyjny?”, a to w ogóle nie funkocjonuje w systemie. Jak to zwykle wygląda? Oczywiście lekarz w ośrodku rejonowym wpisuje do dokumentacji: „Konsultowałem się w NIO-PIB i nie wymaga to dalszego innego działania”, ale wizji krajowej sieci onkologicznej (KSO), w wizji zsieciowania onkologii musimy gdzieś to w jakiś sposób umieścić w systemie. Zostawię to MZ jako swój głos doradczy. Proszę bardzo.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Muszę teraz *ad vocem*, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, bo nie bardzo rozumiem wypowiedź pana profesora.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Wydaje mi się, że większość pacjentów trafia na konsylia. Oni trafiają albo na konsylium przed operacją, albo po operacji, w zależności od tego, czy przyszli jako *urgens*, bo przyszli na oddział z niedrożnością i są zoperowani. Jeżeli przychodzi wynik badania histopatologicznego, to ten pacjent jest kierowany na konsylium i ma zaproponowaną ścieżkę leczenia. Tak zwane leczenie pod jednym dachem jest tym, co było ideą *breast cancer unit*, tak? Do pewnego stopnia się z tym zgadzam, tylko mówię, że to nie działa tak, jak państwo twierdzą, że działa, ale nie mówię, że idea jest zła. Można jeszcze przeprowadzić każdego rodzaju leczenie i czasami u pacjentki – nie wiem – można zastosować jakąś terapię w czasie operacji albo można zrobić rekonstrukcję jednoczasowo. Oczywiście chorzy powinni mieć taką szansę i *breast cancer units* temu powinny służyć. Natomiast pacjenci, którzy są leczeni w mniejszych ośrodkach, gdzie trafili czasami

dlatego, że po prostu nie zdążyli trafić gdzie indziej, jadą potem na konsylia gdzieś do ośrodków preferencyjnych.

Pracuję w Szczecinku, gdzie nie ma konsylium, ale jest w Koszalinie. Mogę kogoś wysłać albo do szpitala onkologicznego w Szczecinie, do centrum zachodniopomorskiego, albo do Bydgoszczy, do Poznania, do Gdańska. Chorzy sobie wybierają i gdzieś jadą, ale nie zdarza się tak, żeby pacjent w ogóle nigdzie nie jechał, chyba że rzeczywiście jest przypadek niezwykle prosty. Kiedyś to robiło się w skali Astlera i Collera, a jak przyszedł wynik, że jest B1, to wiadomo było, że nie ma żadnego leczenia adiuwantowego, to po co było tych pacjentów wysyłać, tak? Był po prostu wyleczony. Przychodzi wynik badania i jest potem w jakimś followaniu, gdzieś się go obserwuje. Natomiast dzisiaj… Nie wiem, skąd pan profesor ma taką wiedzę, że ci pacjenci są pozostawieni sami sobie. Być może są jakieś miejsca w Polsce, gdzie tak rzeczywiście się dzieje. Wydaje mi się, że w bardzo niewielu miejscach, że jednak oni trafiają i plan leczenia właśnie dla tych pacjentów, którzy mogą, a wcale nie muszą, być leczeni paliatywnie, bo jest dla nich jeszcze chemioterapia i są jakieś inne sposoby leczenia… U niektórych to jakaś radioterapia adiuwantowa. W zależności od tego, co wyjdzie w badaniu histopatologicznym, jak jest opis operacji, to oni to dostają.

To wcale nie musi być pod jednym dachem. Pacjent jest zoperowany w mieście A, a potem sobie jeździ na chemioterapię do miasta B czy na radioterapię do miasta C. Tak to jest, bo jak trafi do ośrodka *unit*, to przecież też nie będzie leczony od razu, tylko przyjedzie tam z powrotem po trzech tygodniach, jak przyjdzie wynik badania histopatologicznego. To jest fikcja, że pacjent ma wszystko pod jednym dachem. On wcale nie ma tego pod jednym dachem. Mało tego, jest daleko od domu i musi tam wrócić do tego dalekiego miejsca na dalsze leczenie. Jeżeli nie mogą mu zapewnić w domu, to dobrze, że jeździ daleko od domu, ale to, co można zrobić, zróbmy jak najbliżej.

Kierownik Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Marek Wojtukiewicz:

Marek Wojtukiewicz. Jestem kierownikiem Kliniki Onkologii w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku i ordynatorem Oddziału Onkologii Klinicznej w Białostockim Centrum Onkologii. Muszę poprzeć kolegę i przedmówcę, profesora Wyrwicza, który mówi o tym, że nie wszyscy pacjenci są właściwie konsultowani. De facto w całym świecie cywilizowanym w tej chwili obowiązuje zasada leczenia chorych oparta na funkcjonowaniu czegoś, co w literaturze angielskiej określa się jako *multidisciplinary team* (MDT). Chory z rakiem jelita grubego powinien być obejrzany właśnie przez zespół wielospecjalistyczny, dlatego że rak, jak pan poseł doskonale wie i jak państwo wiedzą, jest chorobą systemową. To nie jest choroba zlokalizowana w jednym miejscu, tylko choroba, która ma tendencję do uogólniania się. W takim miejscu chory jest oglądany przez onkologów klinicznych, radioterapeutów, rehabilitantów, poza chirurgami itd. W tych konsyliach uczestniczą patomorfolodzy. W związku z tym taka opinia jest niezwykle ważna.

Być może w przyszłości to zostanie rozwiązane w ten sposób, że w sukurs wszystkim oczekiwaniom przyjdzie telemedycyna, żeby pacjent nie musiał z jednego miejsca jechać do innego, bo tak to funkcjonuje w wielu ośrodkach zachodnich, że ośrodki referencyjne są połączone siecią informatyczną z ośrodkami regionalnymi i jakimiś mniejszymi. Wtedy pacjent jest omawiany w ramach konsylium i decyzja jest podejmowana wspólnie przez wielu specjalistów zajmujących się daną jednostką chorobową.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ale pan profesor mówi o planowych operacjach.

Kierownik kliniki UMB Marek Wojtukiewicz:

W ogóle o planowaniu całej strategii leczenia, nie tylko operacji, ale i całego postępowania przed- i pooperacyjnego, a potem w przypadku rozsiewu leczenia systemowego.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, zbliżamy się do końca posiedzenia. Czy pani dyrektor jeszcze chce zabrać głos na zakończenie?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tylko jedno słowo, jeśli chodzi o *breast cancer units* i o centra kompetencji. Rzeczywiście wiem, dlaczego może to jest niedoskonałe, bo to prototyp opieki kompleksowej. Jesteśmy już na etapie po konsultacjach publicznych. Zmieniamy rozporządzenie, żeby zwiększyć liczbę zakontraktowanych ośrodków. Sprawdziliśmy to, co się nie udało i nie sprawdziło. Po prostu poprawiliśmy to w rozporządzeniu. Myślę, że może o to chodziło panu posłowi, że to nie do końca działa, ale zamysł jest bardzo słuszny i koncepcja dobra.

Kierownik kliniki UMB Marek Wojtukiewicz:

Jeżeli są uwagi, gdy idzie o niewłaściwą jakość… Przepraszam. Można się włączyć? Oczywiście w przypadku programu profilaktycznego bardzo pieczołowicie pilnowano oceny nie tylko gastrologicznej, endoskopowej, ale też patomorfologii. Jeżeli dany endoskopista rozpoznawał za mało albo za dużo gruczolaków, to taki osobnik był eliminowany i ewentualnie napominany. Myślę, że taki system nadzoru jakości w przypadku przejęcia tego przez NFZ również powinien być tak prowadzony, żeby właściwa jakość profilaktyki była zapewniona.

Ale mam jeszcze tylko jedną rzecz. Czy mogę, pani poseł? Spojrzałem na broszurki, które zostały dostarczone przez panią Igę Rawicką. Tutaj jest broszurka, którą wydała Europa Colon, ale też Digestive Cancers Europe, a to jest inna organizacja. Koresponduje to z 10 objawami raka trzustki. Dlaczego o tym chcę powiedzieć? Za dwa dni będzie Światowy Dzień Raka Trzustki.

Jest to grupa, która według mnie jest niewłaściwie zaopatrzona do tej pory, dlatego że funkcjonuje *de facto* tylko jeden szerszy program lekowy, który umożliwia leczenie pierwszej linii z użyciem nowej technologii. To jest nanotechnologia i dostęp do nanocząsteczkowego paklitakselu w leczeniu chorych na uogólnionego raka trzustki. Bardzo dobrym ruchem było uzupełnienie tego programu lekowego o olaparib, co miało miejsce 1 listopada br. Olaparib jest przeznaczony dla chorych na raka trzustki z mutacją germinalną BRCA1 i BRCA2. Problemem jest to, że jest on adresowany do bardzo małej liczby chorych, dlatego że chorych wymagających leczenia… Łącznie około 3,5 tys. raków trzustki zostało zarejestrowanych w 2017 r., a 4,9 tys. zgonów, czyli jest niedoszacowanie. Natomiast mniej więcej 3 tys. chorych wymaga leczenia systemowego, bo niestety tylko 20% chorych może być operowanych z powodu raka trzustki, a pozostali wymagają leczenia systemowego i 30% z 3 tys. jest leczonych z udziałem oksaliplatyny. Ta oksaliplatyny jest czynnikiem czy warunkiem koniecznym, żeby leczenie dalej mogło być kontynuowane w ramach leczenia podtrzymującego z udziałem olaparibu. Czyli *de facto* z 30% tych, którzy będą leczeni, a taką mutację ma około 5% naszej populacji, to będzie około 45 osób, biorąc pod uwagę trudności z wykonywaniem testów BRCA i trudności z dostępnością reprezentatywnego materiału histopatologicznego, co podkreślają patomorfolodzy. Mówią, że w przypadku 30% chorych jest kłopot z uzyskaniem właściwej jakości materiału do badań histopatologicznych i genetycznych, molekularnych. Z udziałem olaparibu będzie leczonych nie 45 osób, ale 20–30, a może mniej niż 20 osób.

Chodzi o to, żeby chorym na raka trzustki w większej liczbie zapewnić właściwe leczenie. Mam tutaj na myśli drugą linię. Ta druga linia jest nie tylko długa, ale trzecia i czwarta zostały stworzone dla chorych na raka jelita grubego. W przypadku raka żołądka wprowadzono niwolumab jako drugą linię, w przypadku raka przełyku też. Wprowadzono również ramucyrumab u chorych na raka żołądka jako drugą linię. Myślę o tym, żeby zastanowić się nad możliwością wprowadzenia nowoczesnej terapii dla chorych dla raka trzustki w drugiej linii leczenia systemowego, czyli o wprowadzeniu nanoliposomalnego irynotekanu. Wydaje mi się, że to byłoby dobrym rozwiązaniem, bezsprzecznie oczekiwanym przez lekarzy i przez pacjentów.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. To bardzo cenna uwaga. Jeszcze, ale już na zakończenie, bo musimy kończyć. Mamy tutaj ograniczony czas w sali.

Prezes Fundacji Europa Colon Polska Iga Rawicka:

To tym bardziej dziękuję. Iga Rawicka, Fundacja Europa Colon Polska. Sprostowanie. Test na krew utajoną w kale powinien być wykonywany co najmniej raz na 2 lata. Nie na 5 lat, bo wtedy nie miałby sensu. Jakby kolonoskopia *versus* test FIT. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz. *Colorectal cancer units* funkcjonują od ubiegłego roku, bo zostały powołane w czerwcu ubiegłego roku. Jako fundacja mamy okazję monitorować pracę *colorectal cancer units*. Byliśmy w 6 z nich w tym roku. Jest 36 ośrodków. Mam nadzieję, że będzie ich coraz więcej, ale muszą spełnić bardzo rygorystyczne wymagania NFZ. Natomiast tam, gdzie funkcjonują, one funkcjonują coraz lepiej. Pacjenci są kompleksowo leczeni, mają opiekę psychologa, dietetyka, rehabilitanta. Przede wszystkim pochyla się nad nimi zespół multidyscyplinarny. Właśnie Białostockie Centrum Onkologii, z którego jest pan profesor Wojtukiewicz, to jest jeden z lepiej działających ośrodków. Co ciekawe i ważne, w tych ośrodkach, gdzie działa tylko *colorectal cancer unit*, leczy się pacjentów z rakiem jelita grubego, a w mniejszych ośrodkach, takich jak Białystok, są również leczeni pacjenci z rakiem trzustki, wątroby, przełyku, żołądka. To są też miejsca, w których można korzystać z tej jakości i kompleksowości opieki. Jako fundacja reprezentujemy rzeszę pacjentów i absolutnie jesteśmy za tym, żeby były takie centra, żeby było ich coraz więcej.

Oczywiście mamy świadomość tego, że pacjenci są leczeni w mniejszych ośrodkach, bo taka jest sytuacja, ale też proszę zwrócić uwagę na jedną rzecz. Wspomina pan o leczeniu laparoskopowym czy o tym, że brakuje również zabiegów z radiologii interwencyjnej, które są za nisko wycenione, a które mogłyby pomóc pacjentom jeszcze przed leczeniem systemowym. Tutaj więc na pewno jest wiele rzeczy do poprawienia, do wspólnej pracy i bardzo dziękujemy za to, że mogliśmy dzisiaj uczestniczyć w tym spotkaniu.

No i właśnie z okazji Światowego Dnia Raka Trzustki za dwa dni prosimy ubrać się na fioletowo i szerzyć świadomość na temat objawów i czynników ryzyka raka trzustki. Mamy też Miesiąc Świadomości Raka Żołądka, więc w listopadzie dużo się dzieje.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Listopad to też Miesiąc Walki z Rakiem Prostaty, tak że jest wąsko.

Prezes Fundacji Europa Colon Polska Iga Rawicka:

Ale to mamy w układzie pokarmowym.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

No tak. Listopad jest…

Prezes Fundacji Europa Colon Polska Iga Rawicka:

Zajęty.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

To międzynarodowe działania związane z rakiem prostaty. W tych kwestiach też staram się dużo robić ze wspaniałymi ekspertami, bo jeżeli kobiety przekonamy do profilaktyki, do badań, to z panami, co eksperci podkreślają, jest dużo gorzej. Musimy dołożyć wszelkich starań, żeby przede wszystkim być zatroskanymi o stan swojego zdrowia, bo tak naprawdę 50% naszej zdrowotności leży w naszych rękach, a później reszta to już jest diagnostyka, to są lekarze, ale to już są stany bardzo trudne. Musimy reagować w najwcześniejszych momentach, kiedy nam to organizm sygnalizuje, bo organizm w wielu przypadkach sygnalizuje, ale my to bagatelizujemy. Ostatnio oglądałam statystykę dotyczącą zażywania środków przeciwbólowych. To jest ciekawe, że Polacy w tych badaniach przodują i bardzo nadużywają różnych tego rodzaju środków. Tabletka przeciwbólowa niestety nie wyleczy nas z problemu zdrowotnego.

Właśnie świadomość profilaktyki i tworzenie ośrodków referencyjnych, gdzie będzie można skorzystać z fachowej opieki, to jest ten standard, o który powinniśmy wszyscy zadbać – zarówno strona społeczna, jak i strona rządowa, i my jako parlamentarzyści, bo to jest nasz wspólny sukces. Podkreślam zawsze, że zdrowie nie ma barwy politycznej, tylko każdy człowiek, który żyje, naprawdę nosi cząstkę wspaniałego życia i winniśmy po prostu do końca zapewnić każdemu godne życie.

Dziękuję pięknie państwu. Zapraszam na następne posiedzenia podkomisji stałej. No i zachęcam do różnego rodzaju działań społecznych, na które jestem bardzo otwarta. Dziękuję pięknie.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO Dorota Kaniewska:

Chciałam przypomnieć, że marzec to jest Miesiąc Świadomości Raka Jelita Grubego.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Właśnie, marzec. Tak jest. Bardzo dziękuję za tę podpowiedź. Postaramy się, żeby w marcu przyszłego roku tutaj… Proszę też państwa o taką wystawę, żeby w Sejmie ją zorganizować. Jestem do dyspozycji. Mieliśmy teraz piękną wystawę dotyczącą raka piersi. Dlaczego o jelicie nie ma być głośno w Sejmie? Polecam państwu współpracę i proszę o pomoc.